

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

197

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Izaak KAPLINSKI

Né le 28 juin 1909, à Slonim (Pologne)

Traitement de l'Éléphantiasis

par le

Drainage hypodermique

(Opération de Walther)

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Izaak KAPLINSKI

Né le 28 juin 1909, à Slonim (Pologne)

Traitement de l'Éléphantiasis

par le

Drainage hypodermique

(Opération de Walther)

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINEt.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	}	BASSET.	}
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	}
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.		
CHAILLEY-BERT	agrégé ...	Éducation physiqu
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Que leur vie de labeur et de sacrifice
trouve ici l'hommage respectueux et pro-
fondément reconnaissant de leur fils.*

A MA SŒUR ET MON FRÈRE

RYWKAH ET MORDCHAJ

*En témoignage de reconnaissance et de
profonde affection.*

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A M. LE DOCTEUR A. TOURAINE

Chevalier de la Légion d'honneur
Médecin à l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a inspiré cette thèse et guidé
de ses précieux conseils.*

*Nous l'assurons de notre respectueuse
reconnaissance.*

A M. LE PROFESSEUR HENRI GOUGEROT

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur de
bien vouloir accepter la présidence de
cette thèse.*

*Nous lui en exprimons toute notre res-
pectueuse gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON JURY DE THÈSE

Traitement de l'Éléphantiasis par le Drainage hypodermique

(Opération de Walther)

Introduction.

Bien que l'*éléphantiasis nostras* soit une affection d'étiologie encore inconnue, son traitement, trouvé ces dernières années, nous permet de le traiter d'une façon rationnelle et efficace.

Nous n'avons pas l'intention de faire une étude complète de l'*éléphantiasis nostras*, nous voulons seulement rappeler brièvement quel est son aspect clinique, insister surtout sur la nouvelle méthode de son traitement qui a été décrite par le professeur Ch. Walther, présenter les observations des malades traités par la méthode du professeur Walther, ensuite nous tâcherons d'en tirer des conclusions. Notre bibliographie ne comprend que les auteurs que nous avons lus et dont nous avons lu les extraits dans d'autres ouvrages. On nous excusera ainsi des emprunts que nous avons été forcés de faire à des articles récents.

Avant de commencer l'exposé de notre travail, nous tenons à remercier notre Maître, M. le Dr Touraine,

dont nous avons eu l'avantage d'être l'élève, pour la bienveillante sympathie qu'il nous a témoignée en nous proposant ce sujet et qui, après nous avoir permis d'utiliser ses observations, a facilité notre tâche par ses conseils précieux.

Historique.

De tout temps, de nombreux traitements ont été préconisés pour lutter contre l'*éléphantiasis nostras* : mouchetures, pointes de feu en série, compresses, électricité par courant continu, l'antisepsie pour parer aux lymphangites à répétition ont été le moyen ordinaire de traitement. La méthode de Handley, devenue classique, cherche à établir un drainage lymphatique filiforme avec des fils de soie plats tirés à travers le tissu éléphantiasique. Les succès en sont très inconstants. L'opération de Kondaléon enlève un morceau cunéiforme de tissu éléphantiasique et du fascia sous-jacent ; ainsi est créée une nouvelle voie de dérivation, vers la profondeur, pour l'infiltration du derme et de l'hypoderme. Quelques guérisons durables ont été ainsi obtenues, ainsi que par les techniques analogues de De Gaetano, de Battista ; mais les échecs ne sont pas rares. Plus efficace serait la technique, assez compliquée, de Kimura. A l'établissement d'un drainage profond, comme Kondaléon, il associe un drainage superficiel en ramenant sur la zone éléphantiasique des lambeaux prélevés en peau saine, au niveau de laquelle il conserve un large pédicule d'insér-

tion. En 1935, M. M. Seigneur, médecin de la Compagnie française des phosphates de l'Océanie, a préconisé le sulfarsénol dans le traitement de l'éléphantiasis. Il paraît que cette médication lui a donné de bons résultats. C'est au professeur Ch. Walther que revient le mérite d'avoir trouvé en 1916 une nouvelle méthode du traitement d'*éléphantiasis nostras*, méthode efficace et dont les résultats sont excellents et durables. Elle consiste à franchir la zone d'arrêt lymphatique qui siège aux ganglions, au moyen de tubes en caoutchouc laissés à demeure dans l'hypoderme, et à rétablir ainsi une communication entre les espaces lymphatiques sus et sous-aponévrotiques, au-dessous et au-dessus de l'obstacle. Cette opération a été décrite, dès 1916, à la Société de Chirurgie et les résultats en ont été présentés, en 1918 et 1919, à l'Académie de Médecine à propos de onze malades. Notre maître, M. le Dr Touraine, a eu l'occasion d'examiner, en 1933, les deux premiers malades opérés par Walther, en 1916 et 1917, et dont les photographies ont été alors publiées. Plus de 16 ans après l'intervention, les résultats restaient remarquables. Le membre éléphantiasique avait sensiblement retrouvé le même volume que le membre sain. La peau était redevenue normale et les sujets avaient retrouvé toute leur activité.

Aperçu général sur l'*éléphantiasis nostras*.

L'éléphantiasis est un terme général qui s'applique aux hypertrophies du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, circonscrites à certains points du corps, surtout le scrotum et les membres inférieurs. Cet état hypertrophique de la peau et de l'hypoderme peut être l'aboutissant de dermites à répétition, dont les lésions inflammatoires s'additionnent, et surtout d'œdèmes chroniques évoluant vers la sclérose ou vers la transformation fibro-adipeuse. Dans la production des troubles circulatoires qui entretiennent ces œdèmes chroniques, deux systèmes interviennent : les veines et les lymphatiques. L'éléphantiasis n'est que l'exagération et le terme ultime de cet œdème veineux ou lymphatique ; deux grandes classes d'éléphantiasis : l'éléphantiasis lymphatique, liée à la gêne de la circulation de la lymphe ; les éléphantiasis veineuses, où dominent les troubles de la circulation du sang noir.

L'éléphantiasis de nos pays se rattache presque constamment à des obstructions veineuses et, dans quelques cas mal étudiés, à des œdèmes angio-neuro-

tiques (éléphantiasis variqueux). Enfin, l'*éléphantiasis nostras* peut être due à une infection streptococcique ; le streptocoque réalise ici le même rôle d'obstruction lymphatique que la filaire de Wucherer. La porte d'entrée de l'infection, le plus souvent streptococcique est évidente ; c'est une écorchure, un durillon forcé, une érosion quelconque.

La lymphangite première peut faire une apparition bruyante, avec sa rougeur œdémateuse et douloureuse progressive, ses trainées tronculaires, son adénopathie et son cortège de malaises fébriles. Quelquefois, notamment à la face, c'est un érysipèle bien caractérisé. Tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours, mais il se produit des recrudescences répétées, quelquefois même rythmiques, à l'occasion de traumatisme, de fatigue, de refroidissement, de causes banales ; souvent elles sont moins violentes et plus trainantes que les premiers épisodes. La tuméfaction, qui ne s'était pas entièrement dissipée, s'installe et augmente peu à peu. Souvent la lésion initiale s'échappe. Les poussées sont apyrétiques et ne s'accusent que par une lourdeur ou un endolorissement de la région atteinte, des douleurs articulaires, etc. La lymphangite n'est pas apparente dans ce cas, et cependant tout porte à croire qu'il a dû se produire une obstruction lymphatique. Cette dernière paraît évidente dans un troisième groupe, où l'éléphantiasis se développe comme conséquence d'une adénopathie. Ce seront l'un des membres inférieurs ou les organes génitaux, ou les deux régions à la fois.

Dans le cas d'adénopathie inguinale, ce sera le membre inférieur, et à la suite d'adénopathie axillaire le membre supérieur. Peu à peu sans poussées inflammatoires apparaît l'état éléphantiasique. L'éléphantiasis s'observe chez les adultes de tout âge et dans les deux sexes. Elle a pour lieu d'élection les membres inférieurs, le scrotum, les grandes lèvres. La jambe, la cuisse sont déformées par d'épais bourrelets cutanés, que séparent des plis profonds. Assez souvent, un pied peu déformé se continue avec une jambe énorme. L'éléphantiasis de nos régions se complique souvent d'ulcères variqueux, s'accompagne d'une hypertrophie papillaire verruqueuse plus ou moins humide ou suintante.

Technique de l'application des drainages à tubes perdus dans le traitement de l'éléphantiasis des membres inférieurs.

Cette méthode consiste essentiellement dans l'application définitive d'un drainage à tubes perdus franchissant largement les limites de la zone d'arrêt de la circulation lymphatique. Franchir la zone d'arrêt, qui siège aux ganglions de l'aîne, établir une communication entre les espaces lymphatiques sus et sous-aponévrotiques de la cuisse et de l'abdomen, tel est le but de la méthode.

La technique opératoire décrite par le professeur Walther est simple :

1° *Incision de 3 à 4 centimètres* sur la paroi abdominale, parallèle à l'arcade crurale, à deux ou trois travers de doigts au-dessus du pli inguino-crural. Hémostase complète de la tranche du tissu cellulo-grasieux sous-cutané. Petite incision de 6 à 7 millimètres sur l'aponévrose du grand oblique. La sonde cannelée, introduite sous la lèvre supérieure de cette boutonnière, décolle la face profonde de l'aponévrose sur une hauteur de 3 ou 4 centimètres environ, pour créer la loge dans laquelle devra être fixée l'extrémité du tube.

2° *Incision de 6 à 8 centimètres* au-dessous de la pointe du triangle de Scarpa, parallèle à la ligne de ligature de l'artère fémorale et à deux travers de doigts en dehors. Ici l'incision traverse un tissu cellulaire infiltré et, suivant l'épaisseur de cette couche d'œdème, peut être allongée de plusieurs centimètres. Sur l'aponévrose crurale, mise à nu, est fait au bistouri une boutonnière de 6 à 8 millimètres. Il est prudent, avant de dégager la pointe du bistouri, de saisir immédiatement avec des pinces de Kocher les lèvres de cette boutonnière, qu'il pourrait être difficile de retrouver sous la couche épaisse d'œdème lymphatique.

La lèvre inférieure de l'incision aponévrotique est soulevée à la sonde cannelée et largement décollée sur une hauteur de 3 à 4 centimètres, pour préparer la loge de l'extrémité inférieure du tube.

3° *Incision verticale de 4 centimètres*, à la base du triangle de Scarpa, exactement sur la ligne qui réunit les deux incisions précédentes. Cette incision est conduite jusque sur l'aponévrose, qui est laissée intacte ; elle n'est qu'un relai de passage pour le trocart de Chassaigne, trop court pour aller de l'incision inférieure à l'incision supérieure. Avant de procéder à la mise en place du tube, il est important de vérifier l'hémostase des trois plaies, qui ont été constamment maintenues dans un bain de sérum.

4° *Mise en place du tube.* — Le trocart de Chassai-

gnac engainé, introduit par la plaie inférieure, est poussé avec douceur dans la couche profonde du fascia superficialis. On le fait, pour ainsi dire, glisser sur l'aponévrose. Il est ainsi conduit jusqu'à l'incision de relai par où il doit se dégager assez largement. Dans la gaine, débarrassée du trocart, on glisse le tube de caoutchouc, qui est poussé doucement à petits coups, souvent avec quelques mouvements de rotation pour éviter les arrêts dus aux coutures, aux replis, auxquels l'exposent sa minceur et sa souplesse.⁴ Dès que l'extrémité du tube est dégagée de la gaine du trocart, elle est saisie solidement par une pince à arrêt ; la gaine est enlevée. Il ne reste plus qu'à faire passer, par une manœuvre analogue, la partie supérieure du tube de l'incision de relai à l'incision abdominale, à l'aide du trocart introduit cette fois de haut en bas, toujours contre le plan aponévrotique :

5° *Fixation des extrémités du tube.* — Ce temps est le plus délicat de l'opération. Il faut y apporter grand soin.

La bonne fixation du tube est la condition essentielle d'un résultat durable. L'extrémité du tube est glissée sous la lèvre éloignée de la boutonnière aponévrotique correspondante ; elle doit être bien libre dans la loge que lui a préparée la sonde cannelée entre aponévrose et muscle. Un fil doit fixer le tube à la lèvre de la boutonnière aponévrotique. Un autre, à 10 ou 15 millimètres plus loin, maintiendra le tube contre la face profonde de l'aponévrose et préviendra

tout déplacement, toute plicature de l'extrémité libre dans les mouvements de la cuisse. Ces fils sont passés avec une aiguille fine dans l'épaisseur de la paroi du tube. Il est bon de les mettre en place tous deux avant de les nouer. Il importe de ne pas les serrer très fort. Ils doivent être suffisamment serrés pour maintenir solidement le tube en place, mais pas assez pour étrangler les faisceaux aponévrotiques qu'ils embrassent. Walther se sert d'ordinaire de fils de lin, après avoir essayé les crins de Florence fins peut-être plus durables. Ces derniers ont l'inconvénient de passer difficilement dans l'épaisseur de la paroi du tube, qu'ils peuvent déchirer.

Avant de nouer les fils, un œil est pratiqué sur le tube, immédiatement avant la plongée sous l'aponévrose, pour assurer la circulation dans la couche cellulograisseeuse sous-cutanée. Il doit être fait avec ménagement, ne doit comprendre que le quart ou le tiers du cylindre, pour ne pas diminuer la solidité du tube. Si on enlève un trop large copeau d'un tube si mince, il ne reste qu'une languette étroite et fragile. Souvent le professeur Walther a placé un œil à cheval sur le bord de la boutonnière aponévrotique, un autre à quelque distance. Cela suffit. Le désir d'assurer plus sûrement la circulation de la lymphe par la multiplication des orifices doit être arrêté par la crainte de diminuer la solidité du tube.

6° *Suture de la plaie.* — Il est utile de toujours faire la suture en deux plans. Il faut, par quelques points

de catgut très fin, rétablir très épais le plan de tissu cellulo-grasieux sous-cutané, dont les tranches de section tendent à s'écarter, à fuir sous les téguments. La reconstitution de cette couche par des points indépendants garantit seule un bon enfouissement du tube. La peau est ensuite réunie par quelques points de suture. Walther emploie toujours du catgut très fin pour cette suture, qui est recouverte d'un carré de gaze maintenu par une large plaque de colloplaste fenêtré. Le pansement peut être ainsi laissé en place dix ou douze jours. Quand on l'enlève, les fils sont résorbés le plus souvent. Une large bande de crépon, enveloppant en spica la cuisse et la partie inférieure de l'abdomen, complète le pansement. Une autre large bande de crépon est appliquée depuis le pied jusqu'à la partie moyenne ou la racine de la cuisse, faisant une compression légère et régulière. L'opéré est alors placé dans son lit, le membre soutenu par un large coussin, le pied toujours un peu élevé.

Observations des malades traités par la méthode de Walther.

(Les unes ont été publiées par le professeur Walther, les autres sont recueillies dans le Service du Dr Touraine.)

OBSERVATION N° 1.

Homme, âgé de 22 ans, se présente le 15 juillet 1915, de bonne santé habituelle, n'accuse dans le passé qu'une hydrocèle du côté droit, survenue à l'âge de 14 ans et qui fut guérie à la suite d'une cure radicale pratiquée à l'Hôpital Trousseau. Le malade ne peut donner aucun renseignement sur la nature de cette hydrocèle. C'est à 18 ans qu'il s'aperçut d'un gonflement à la racine de la cuisse droite, gonflement qui peu à peu envahit la cuisse tout entière, puis le genou et enfin la jambe, et en un an environ arrive à peu près au volume actuel. Il semble cependant que, depuis quelques mois, il ait augmenté encore. Actuellement l'hypertrophie porte sur toute la hauteur du membre inférieur et va en augmentant à partir de la racine de la cuisse pour se développer au maximum à la jambe. Le pli du jarret est très accusé. A la partie inférieure de la jambe, un épais bourrelet retombe sur le pied, dont la face dorsale est aussi tuméfiée. A l'aîne on trouve deux cicatrices, l'une à la partie inférieure du triangle de Scarpa, l'autre dans la région iliaque droite, cicatrices d'incisions pratiquées il y a 3 ans par H. Rieffel pour

libérer les ganglions. Deux autres longues cicatrices, à la face externe de la cuisse et de la jambe, résultent d'incision profonde faite en 1914 par Legueu pour essayer d'établir une communication entre les ganglions lymphatiques superficiels et les ganglions lymphatiques profonds. A la palpation, la consistance est variable. Plus molle, plus souple à la racine de la cuisse, la tuméfaction est beaucoup plus ferme à la jambe et surtout au bourrelet malléolaire. La consistance varie aussi très notablement, suivant que le malade est resté au lit ou qu'il a marché pendant un certain temps.

Lorsqu'il est resté pendant quelques jours debout à travailler, la masse devient tendue, dure, et il éprouve une gêne, une pesanteur douloureuse, qui l'obligent au repos. Le testicule droit est un peu plus gros que le gauche et douloureux à la palpation ; mais le cordon est de volume normal et sans dilatation lymphatique. La mensuration donne les résultats suivants : Racine de la cuisse, 64 centimètres. Tiers supérieur de la jambe, 67 centimètres. Tiers moyen de la jambe, 64 centimètres. Après un repos de plusieurs jours au lit : Racine de la cuisse, 61 centimètres. Tiers supérieur de la jambe, 54 centimètres. Tiers moyen de la jambe, 52 centimètres. Du côté sain les dimensions sont les suivantes : Racine de la cuisse, 47 centimètres. Tiers moyen de la jambe, 33 centimètres. A la région inguinale, les ganglions horizontaux sont notablement plus développés que du côté gauche. Les ganglions verticaux sont à peine perceptibles. Il existe une zone douloureuse sur le bord du psoas, mais on ne peut sentir les ganglions iliaques hypertrophiés. L'examen cystoscopique de la vessie ne révèle aucune trace de lésion quelconque. Le rein droit n'est pas augmenté de volume, ni douloureux. Tous les appareils semblent normaux. L'examen du sang est négatif. Pas de filariose. Il n'y a jamais eu de lymphangite aiguë de la jambe, rien qui puisse être rapporté à une

lymphangite ou à une adénite. Il ne semble pas qu'il y ait eu de lymphangite chronique du reste ; la marche même du malade, le début par la racine de la cuisse, du gonflement, qui est descendu progressivement jusqu'au pied, les caractères de l'œdème lymphatique plus mou que dans l'éléphantiasis vrai et surtout plus variable, plus facilement influencé par le repos, tous ces signes sont en faveur de l'hypothèse d'une gêne, d'un obstacle siégeant aux ganglions de la racine du membre ou un peu au-dessus.

En somme, il s'agit d'un malade, atteint de l'*éléphantiasis nostras*, qui s'est progressivement développée depuis quatre ans sans aucune cause appréciable et qui n'a pas cessé d'évoluer, malgré l'application de la thérapeutique habituelle. Le malade est opéré par la méthode de Walther le 23 juillet 1916. Vingt cinq jours après le tubage cruro-abdominal, la circonférence avait diminué de 14 centimètres à la cuisse (de 64 à 50 cm.), de 29 centimètres au tiers supérieur de la jambe (de 67. à 38 cm.), de 29 centimètres au tiers inférieur de la jambe (de 54 à 25 cm.). A ce moment, la peau, flasque au repos au lit, se tendait un peu dans la station debout. Depuis lors, l'amélioration n'a fait que s'accroître et, après 20 mois, la guérison semble définitive. Il est intéressant de noter les modifications progressives de la peau, 3 mois après l'opération, le 11 novembre, à une nouvelle présentation à la Société de Chirurgie, les plis de la peau avaient complètement disparu à la jambe sous l'influence du traitement : massage régulier, électrisation, compression par une bande de crépon puis, plus tard, par un bas élastique avec cuissard. Comme il persistait à la face externe de la cuisse un certain œdème lymphatique, le 8 novembre 1917 on a passé un second tube, de la face externe de la cuisse à l'abdomen. Mais la peau de la jambe restait encore un peu épaissie, brunâtre, et ce n'est qu'au bout d'un an qu'elle reprit ses caractères normaux.

Cet homme travaille dans une mine, dans une équipe de nuit, et le 11 septembre 1918 on a pu constater le matin, après une nuit de travail, qu'il n'existait aucune trace d'œdème de la jambe. Un nouvel examen, pratiqué il y a une dizaine de jours, a confirmé la permanence du résultat.

OBSERVATION N° 2.

Jeune fille de 26 ans se présente avec une éléphantiasis du membre inférieur gauche développée depuis 4 ans. Depuis 3 mois, ulcérations creusées dans de profonds sillons, séparant l'énorme masse éléphantiasique de la partie postérieure de la cuisse, entretenant une cicatrisation de ces ulcérations. Pas de filariose. Opération le 3 juillet 1917. Malgré l'induration des tissus par la lymphangite surajoutée, la diminution de volume a été rapide : le 10 septembre, moins de 2 mois après l'opération, elle était de 20 centimètres à la cuisse, de 15 centimètres à la jambe, de 7 centimètres aux malléoles et actuellement on ne trouve que 5 centimètres de plus que du côté sain à la racine de la cuisse, 1 centimètre à la partie supérieure, 3 centimètres en moyenne à la jambe. Mais la peau n'a pas encore repris son aspect normal, elle est encore épaissie, plissée, d'aspect lichénoïde, et les masses postérieures de la cuisse sont encore très apparentes, mais assouplies. L'amélioration s'accroît régulièrement sous l'influence du traitement : massage, courants continus.

OBSERVATION N° 3.

Blessé de guerre, à la suite d'une incision faite 6 mois auparavant à la face interne du bras droit pour extraire un projectile profond, présentait un énorme œdème éléphantiasique du segment sous-jacent du membre. Le 23 août 1917, tubage de la

partie inférieure de l'avant-bras jusqu'à la base de l'aisselle, contre la paroi thoracique. Le résultat est encore incomplet. La diminution de circonférence est de 4 centimètres au coude, de 2 centimètres à l'avant-bras, de 4 à la main. Les mouvements du coude, de la main et des doigts, complètement abolis, ont repris une amplitude presque normale. Mais il persiste encore un œdème notable.

OBSERVATION N° 4.

Femme de 51 ans, est envoyée à la Pitié par M. Balzer pour une éléphantiasis du membre inférieur gauche. Son début remonte à l'âge de 31 ans, quelque temps après un accouchement. La malade a présenté dans son enfance une adénopathie cervicale et inguinale. Opération le 16 mai 1918. Résultat bon malgré l'indocilité de la malade, qui se lève au bout de 15 jours et quitte l'hôpital après deux mois de massage. La circonférence de la cuisse est tombée de 44 centimètres à 33 centimètres (33 du côté sain), celle de la jambe de 42 centimètres à 33 (33 du côté sain).

OBSERVATION N° 5.

Malade âgée de 23 ans, envoyée à la Pitié par le professeur Pierre Marie pour éléphantiasis du membre inférieur droit ayant débuté à l'âge de 18 ans, sans aucune cause appréciable. Opération le 17 mai 1918. Diminution de volume au début d'un mois : cuisse, de 52 à 43 centimètres (côté sain, 42 cm.) ; jambe, de 42 à 32 (côté sain, 31 cm.). Au mois d'août 1918, formation sous la cicatrice abdominale d'une petite poche lymphatique, qui disparaît en quelques jours par l'application d'un pansement compressif. La malade quitte la Pitié et reprend son service d'infirmière à la Salpêtrière. Au mois d'octobre, à la suite d'un effort

violent, douleur légère à la cicatrice abdominale. Elle rentre à la Pitié. On constate la réapparition de la collection lymphatique sous la cicatrice abdominale, mais cette fois la compression n'en amène pas la résorption. La peau s'amincit, s'ulcère et par l'orifice s'écoule un liquide clair. Le 11 octobre, ablation du tube, et on constate que l'extrémité supérieure du tube, après rupture du fil d'attache à l'aponévrose, s'était retournée sous la peau. Les jours suivants, légère augmentation de volume du membre. Le 7 novembre, application d'un nouveau tube. Diminution de volume du membre. Mais cette fois le drain est mal toléré, car le 3 décembre, la cicatrice supérieure s'ouvre et se fistulise. Le tube est enlevé. Le membre grossit légèrement. La malade se lève le 21 décembre. Le gonflement n'augmente guère. Elle quitte l'hôpital le 3 janvier 1919 et reprend son service. Peu à peu le membre augmente de volume ; en avril, la marche devient pénible et la malade rentre de nouveau dans le Service, où on applique un nouveau tube. Le tube avait été auparavant immergé pendant 48 heures dans une solution au tiers de lessive de soude. La tolérance a été parfaite. La malade a repris son travail et marche sans aucune fatigue.

OBSERVATION N° 6.

Jeune fille de 16 ans, présente une éléphantiasis moyenne du membre inférieur droit. Son début remonte à 14 ans. Opérée le 6 décembre 1918, application de deux rubans de caoutchouc. Mensuration un mois après : Cuisse tombe de 51 à 50 (côté sain, 48). Jambe tombe de 40 à 34 (côté sain, 34). Mais à la marche l'œdème reparaît. Le 26 mai 1919, application d'un tube, le résultat est assez bon. Il y a une persistance d'un léger œdème à la marche.

OBSERVATION N° 7.

Femme de 41 ans, se présente avec une éléphantiasis du membre inférieur gauche. Son début remonte à 33 ans. La malade a présenté dans son enfance une adénopathie cervicale et axillaire ayant nécessité des opérations. Opérée le 21 février 1929. Mensuration un mois après. Cuisse de 51 à 48 (côté sain, 44). Jambe de 33 à 31 centimètres (côté sain, 30 cm. 5). Marche bien, quitte l'hôpital en avril pour suivre en province le traitement par le massage.

OBSERVATION N° 8.

Jeune fille de 19 ans, envoyée dans le Service du Dr Walther par M. Vaquez. La malade présente l'éléphantiasis des deux membres inférieurs. Son début remonte à l'âge de 10 ans, sans cause appréciable. Très grosse déformation à la cuisse, masses postérieures. Il semble qu'elle ait des varices lymphatiques. Opération le 26 mai 1929 à droite. Mensuration un mois plus tard, cuisse tombe de 68 à 53 centimètres, jambe de 48 à 39 centimètres. Opération le 18 juillet à gauche. Trois semaines après, la mensuration donne les résultats suivants : cuisse de 55 à 49 centimètres, jambe de 44 à 33 centimètres.

A la fin de juillet, formation d'une poche lymphatique à la cicatrice supérieure droite et fistulisation. Pendant les vacances, ablation du tube par M. Gernez. En octobre, le membre n'avait pas augmenté de volume, la malade étant restée au lit. Sous l'influence de la situation debout et de la marche, le gonflement se reproduit. Il sera nécessaire d'appliquer un nouveau tube.

OBSERVATION N° 9.

Jeune fille de 28 ans, présente une éléphantiasis du membre supérieur gauche ; son début remonte à 12 ans à la suite d'une phlébite (?). Opérée le 25 juillet 1919. Diminution notable, mais insuffisante. Un second tube devra être appliqué.

OBSERVATION N° 10.

Mme P... Germaine, âgée de 43 ans, est hospitalisée, pour la première fois, en janvier 1934. Elle présente une très volumineuse éléphantiasis de tout le membre inférieur gauche, qui a débuté 15 ou 16 ans auparavant. Son passé pathologique est nul, hormis une grossesse normale à 23 ans. L'état général est excellent. C'est une femme robuste, mais dont l'activité est presque complètement arrêtée par l'énorme développement de tout le membre et plus particulièrement de la jambe. La mensuration donne les chiffres suivants en centimètres :

	Membre sain —	Membre malade —
Pourtour de la cuisse :		
20 cm. au-dessus de la rotule.....	60	73
10 cm. au-dessus de la rotule.....	50	63
Pourtour de la jambe :		
10 cm. au-dessous de la rotule.....	36	53
20 cm. au-dessous de la rotule.....	28	50
25 cm. au-dessous de la rotule.....	23	46

Il n'existe pas de pachydermie vraie, mais seulement un léger épaissement de la peau, sans verrucosités, sans troubles de la pigmentation. On ne trouve pas de raison plausible à cette élé-

phantiasis. Les ganglions inguinaux ne paraissent pas hypertrophiés. Il n'y a aucun passé génital. Les réactions de Frei et de Wassermann sont négatives ; l'examen du sang ne révèle pas d'éosinophilie. La malade passe dans le Service du Dr Moure. Le 3 mars 1934, celui-ci met en place deux tubes de caoutchouc qui passent au-dessus de l'arcade crurale et vont de la paroi abdominale au tiers moyen de la cuisse. Un des drains est remplacé le 25 avril, car il menaçait de se fistuliser. L'œdème diminue d'abord nettement, mais sa régression s'arrête dans le courant du mois de septembre et, le 16 octobre, la jambe avait retrouvé et même dépassé son volume antérieur (70 cm. 5 à 20 cm. au-dessus de la rotule ; 66 cm. à 10 cm. au-dessus de la rotule ; 55 cm. 3 à 10 cm. au dessous de la rotule ; 54 cm. à 20 cm. au-dessous de la rotule ; 42 à 25 cm. au-dessous de la rotule). Pensant que les deux tubes s'étaient oblitérés, le Dr Moure en insère un troisième, le 27 octobre, en dehors des précédents, et un quatrième de la cuisse à la jambe. L'amélioration est, cette fois, très importante et, le 10 novembre, de nouvelles mensurations donnent les chiffres suivants : 67 centimètres à 20 centimètres au-dessus de la rotule ; 62 centimètres à 10 centimètres au-dessus de la rotule ; 43 centimètres à 10 centimètres au-dessous de la rotule ; 32 cm. 5 à 20 centimètres au dessous de la rotule ; 29 cm. 5 à 25 centimètres au-dessous de la rotule. La malade est revue le 1^{er} mai 1935. Elle a repris une vie active, qui lui est rendue possible maintenant. Les mensurations sont restées les mêmes qu'en novembre, sauf à la partie haute de la cuisse, dont le pourtour a augmenté de 2 centimètres, et à 20 centimètres au-dessous de la rotule où on note une augmentation de 1 centimètre. Le gain définitif a été, par conséquent, de 3 centimètres à la cuisse qui n'était que modérément éléphantiasique. Les déformations étaient beaucoup plus accentuées à la jambe ; ici le gain a été de 10 centimètres à 10 centimètres au-dessous de la

rotule, de 16 centimètres à 20 centimètres au-dessous de la rotule, de 17 cm. 5 à 25 centimètres au-dessous de la rotule.

OBSERVATION N° 11.

R... Roger, âgé de 16 ans, est hospitalisé salle Devergie, au début de septembre 1935, pour une éléphantiasis du membre inférieur droit qui remonte à 5 ans. La déformation s'est constituée lentement, progressivement, sans douleur ni fièvre. Au début, il existait une adénopathie inguinale du même côté, ni douloureuse ni inflammatoire; elle aurait rapidement régressé sous l'action des rayons ultra-violets. La cuisse et la jambe ont pris un aspect cylindrique. La peau est restée normale. L'œdème est dur et ne fait pas de godet à la pression. Deux causes peuvent être invoquées à l'origine de cette éléphantiasis. Le père de ce jeune malade est soigné pour tuberculose pulmonaire. Lui-même est assez fragile, un peu malingre. Il s'enrhume plusieurs fois chaque hiver et se plaint volontiers d'un point de côté, là où l'on perçoit, à gauche, quelques frottements de pleurite sèche. D'autre part, ses incisives médianes inférieures sont petites, échancrées en coup d'ongle sur leur bord libre; elles rappellent les dents d'Hutchinson. Il existe un souffle systolique qui a son maximum à la pointe du cœur. Mais la réaction de Wassermann est négative. Il en est de même pour celle de Frei. Le malade passe le 20 octobre dans le Service du Dr Moure. A ce moment, les mensurations donnent les chiffres suivants, en centimètres :

	Côté sain	Côté malade
Cuisse :		
Racine	45	49
Milieu de la cuisse.....	39	45
Bord supérieur de la rotule.....	29,5	38,5

Jambe :

Mollet.....	35	38,5
Région sus-malléolaire.....	20,5	24,5

Le 23 octobre, on place un tube de caoutchouc qui va de la partie supéro-interne du mollet, près de la patte d'oie, jusqu'au dessus de l'arcade crurale. Ce drain est bien toléré. Dès le quatrième jour après l'intervention, on note une diminution appréciable du volume de la jambe. Les mesures sont maintenant les suivantes : milieu de la cuisse, 45 centimètres; bord supérieur de la rotule, 38 cm. 5; mollet, 34 centimètres; région sus malléolaire, 24 centimètres. L'amélioration se poursuit les jours suivants. Vingt et un jours après l'opération, on trouvait : au milieu de la cuisse, 44 centimètres; bord supérieur de la rotule, 35 cm. 5; mollet, 32 cm. 5; région sus-malléolaire, 23 centimètres. Le malade commence à se lever; aussi, le 26 novembre, les mesures ont-elles augmenté d'un centimètre au bord supérieur de la rotule, 4 cm. 5 au mollet, 1 cm. 5 à la région sus-malléolaire.

OBSERVATION N° 12.

Femme âgée de 36 ans, se présente dans le Service de M. le Dr Touraine le 22 janvier 1936 avec une éléphantiasis des grandes lèvres. A l'âge de 14 ans, on lui a enlevé un kyste de l'ovaire. Elle souffre depuis une année. On lui fait plusieurs piqûres de Lugol, la terrothérapie et diathermie. Pas de résultat notable. Envoyée le 27 janvier 1936 dans le Service de M. le Dr Moure pour subir une intervention chirurgicale, qui remonte à la date du 3 février 1936. L'éléphantiasis était marquée plus à droite qu'à gauche. Du côté droit on introduit le tube de bas en haut par double incision miniature abdominale et sur la grande lèvre.

Du côté gauche, on introduit le tube directement par en haut. Réopérée le 29 février 1936, la malade présente une suppuration à droite. On fait une ablation du drain du côté droit et mise en place d'une mèche. La malade est encore actuellement dans le Service sous l'observation de M. le D^r Moure.

Conclusions.

1° La technique opératoire préconisée par le professeur Walther dans *l'éléphantiasis nostras* est simple : une petite incision à la partie moyenne de la face antéro-interne de la cuisse, une autre à la paroi abdominale, passage avec le trocart de Chassaigne, avec une incision de relai au triangle de Scarpa (cette incision de relai peut être supprimée) d'un petit drain de caoutchouc n° 10 ou 12, non perforé, que l'on fait cheminer dans la couche profonde du fascia superficialis contre l'aponévrose. Aux deux extrémités est faite à l'aponévrose une boutonnière dans laquelle est engagée l'extrémité correspondante du tube, qui est fixé à une lèvre de l'incision aponévrotique par un fil de lin au-dessus ; le tube est entaillé d'un œil latéral pour assurer l'évacuation du réseau lymphatique superficiel ;

2° L'étiologie de l'éléphantiasis est fort obscure. Il semble qu'il s'agisse d'un arrêt de la circulation lymphatique aux ganglions inguinaux ou à la chaîne des ganglions iliaques. La preuve en est donnée par le résultat du tubage, qui permet à la lymphe de franchir la zone d'arrêt, ou tout au moins d'en dépasser la

limite inférieure. La détermination de la nature de l'altération des ganglions, de l'origine est impossible (dans l'immense majorité des cas);

3^o Les observations confirment l'heureux résultat du traitement de l'*éléphantiasis nostras* par la méthode de Walther. Le rétablissement de la circulation lymphatique par un drainage à tube perdu, la diminution régulière de volume du membre après le tubage, l'augmentation constante après l'ablation du tube donnent à ces faits la précision d'une expérience physiologique.

Cette circulation lymphatique nouvelle a besoin d'être aidée par une légère compression du membre, et à tous les opérés il faut faire porter dans la station debout soit un bas élastique, soit une bande de crépon. Sans ce soutien, il se produit toujours un œdème, qui disparaît après quelques heures de repos au lit. Les altérations éléphantiasiques de la peau peuvent elles-mêmes disparaître lentement, par un traitement approprié, et les téguments peuvent retrouver leur souplesse et leur élasticité normales ;

4^o Les résultats obtenus depuis de longues années prouvent qu'il est possible de rétablir la circulation lymphatique grâce à l'application d'un tube de caoutchouc allant de la cuisse à la paroi abdominale ;

5^o Ce tube doit être de calibre suffisant pour assurer un écoulement régulier, mais très souple et assez fin

pour ne pas exercer sur les tissus qui l'enveloppent, dans les mouvements de la cuisse, une pression qui pourrait à la longue nuire à la tolérance.

Pour que la tolérance soit parfaite, il faut immerger les tubes pendant 24 à 48 heures dans une solution de lessive de soude au tiers ;

6° L'application de la méthode du professeur Walther paraît avoir seule donné de bons résultats, dans le traitement de *l'éléphantiasis nostras*, affection contre laquelle nous étions, jusqu'à ces dernières années, à peu près désarmés.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Abramowitz.* — Eléphantiasis nostras (Archives Dermat., XXIV, N° 4, octobre 1934).
- Bertin et Breton.* — A propos d'un cas d'éléphantiasis nostras (Nord Med., XL, N° 790, 15 janvier 1933).
- Gougerot et Blum.* — Trois cas d'éléphantiasis streptococcique non filarienne chez des coloniaux (Bulletin de la Société Française de Dermat., N° 9, déc. 1931).
- Gougerot (H.) et Cartenaud (A.).* — Classification des syndromes éléphantiasiques recto-ano-génitaux (Annales des maladies vénériennes, XXIX, N° 3, mai 1934).
- Hendley.* — The Lancet, 2 juin 1909.
- Kondaleon.* — Archives franco-belges de chirurgie, XXVII, 1924, N° 2.
- Leriche.* — Eléphantiasis du membre intér., traitée par la sympathectomie fémorale, résultat au 5^e mois, remarque sur l'étiologie de l'éléphantiasis (Soc. de Chirurgie de Lyon, 26 juin 1924).
- Michelson (H. E.)* — Eléphantiasis (Archives dermat., 31, N° 6, juin 1935).
- Milium et Dawid.* — Elephantiasis tuberculeuse (Bulletin de la Soc. Fr. de dermat., N° 2, février 1935).
- Seigneur (M.).* — Du traitement de l'éléphantiasis (Presse Médicale, N° 73, 11 septembre 1935).
- Touraine (M.-A.).* — Traitement de l'éléphantiasis des membres par le drainage à tubes perdus (Opération de Walther).

(Bulletin de la Soc. Franç. de Dermat. et de Syphiligraphie, N° 9, décembre 1935).

Walther. — Éléphantiasis du membre infér. (Société de Chirurgie, 5 juillet 1916).

— Éléphantiasis du membre infér. (Bulletin Acad. de Méd., 9 août 1916).

— Note sur une nouvelle méthode de traitem. de l'éléphantiasis des membres (Bulletin de l'Académie de Méd., 5 mars 1918).

— Note sur une nouvelle méthode de traitem. de l'éléphantiasis des membres (Bull. de l'Acad. de Méd., 11 novembre 1919).

— Éléphantiasis du membre infér. traité par drainage perdu. Résultat constaté douze ans et demi après l'intervention (Bullet. et mémoires de la Soc. Nat. de Chirurgie, LV, N° 4, 9 févr. 1929).

— Technique de l'application du drainage à tubes perdus dans le traitement des éléphantiasis des membres. Extrait du volume jubilaire offert au professeur Forgue le 4 nov. 1924.
